

# La cystostomie continente doit-elle être toujours associée à une entérocystoplastie d'agrandissement ?

## Arguments contre

Camille Le Roy

Docteur Junior Médecine Physique et Réadaptation Neurologique

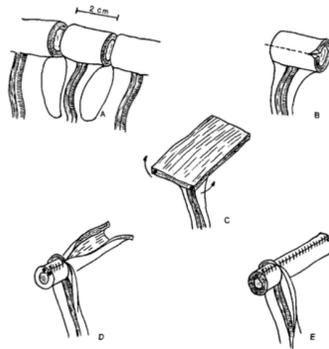
Débat GENULF 23/06/2023

# Introduction - Dérivation urinaire cutanée continent (DUCC)

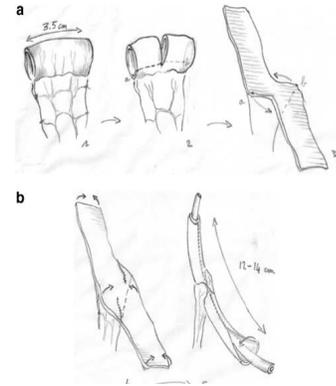
Patients neurologiques avec impossibilité de sondage par l'urètre



Mitrofanoff



Yang-Monti



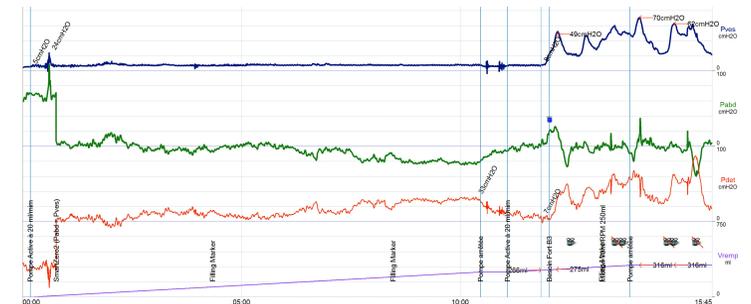
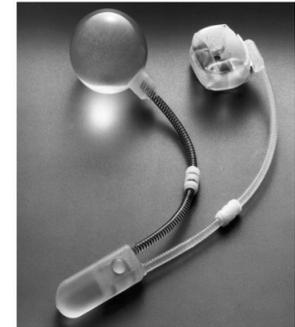
Casale



# Introduction - Sélection des patients



- Evaluation capacité sondage
- Evaluation chirurgie concomitante nécessaire
  - Continence urétrale ?
    - Fronde aponévrotique, sphincter artificiel...
  - Hyperactivité détrusorienne réfractaire ?  
Dyssynergie ? Trouble de la compliance ?
    - Cystectomie supratrigonale avec entérocystoplastie d'agrandissement



# Partie 1

La cystostomie continente doit-elle être toujours associée à une entérocystoplastie d'agrandissement ?

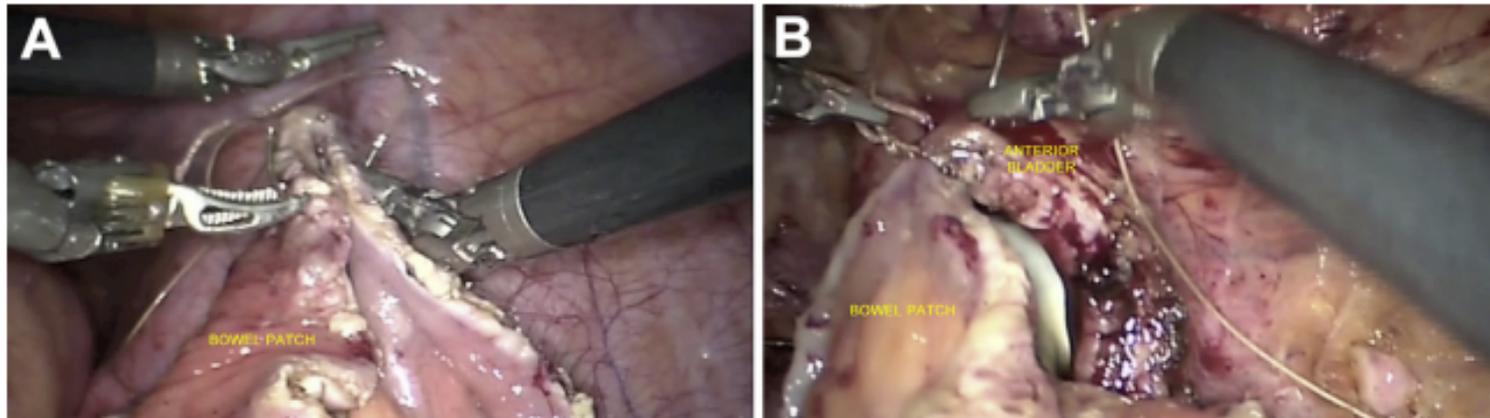
Arguments contre

# Non indication à agrandir

- Vessie acontractile
- Vessie parfaitement inactivée avec
  - Anticholinergiques
    - Dose minimale efficace
  - Toxine botulique intradétrusorienne
    - Délai adapté à la réponse urodynamique et clinique
- **Evaluation préopératoire exhaustive**
  - Effets secondaires thérapeutique actuelle
  - Anticoagulation curative/ Antiagrégation plaquettaire (Clopidogrel)
- **Intérêt du mode mictionnel antérieur**

# Durée opératoire

- DUCC + entérocystoplastie d'agrandissement
  - Coelioscopie robot assistée ou laparotomie
- Intervention longue (+2 à 3h)



# Morbidité significative

- Lithiases vésicales
  - 7-10%
- Rupture entérocytoplastie
  - Hoen et al. 5/258 1,9% (>1 an post opératoire pour 4)
  - Perrouin-Verbe et al. 1/28
- Cancer
  - Hoen et al. 1/178
  - Perrouin-Verbe et al; 1/28
  - Biardeau et al. 0-5,5%
- Troubles digestifs
  - 15-21,5%



# Complications- Diarrhée chronique

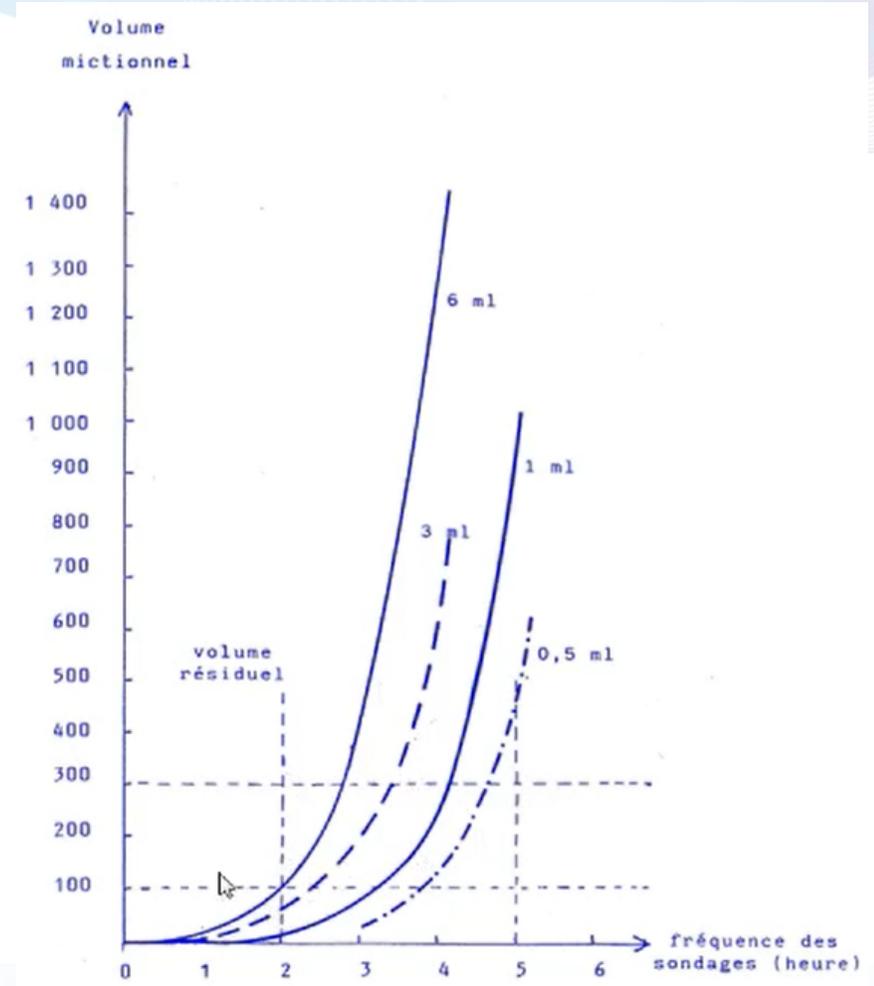
- Questionnaire réalisé sur le CHU de Nantes
  - 31 patients
    - Pathologie neurologique (lésion médullaire n=22)
    - Entérocystoplastie d'agrandissement entre 2014 et 2022
  - 64% de modification du transit dont 65% une accélération de leur transit
  - 71% troubles digestifs non passagers pour d'entre eux
  - 25,81% des patients interrogés pas du tout satisfaits de la gestion de leur transit suite à cette intervention

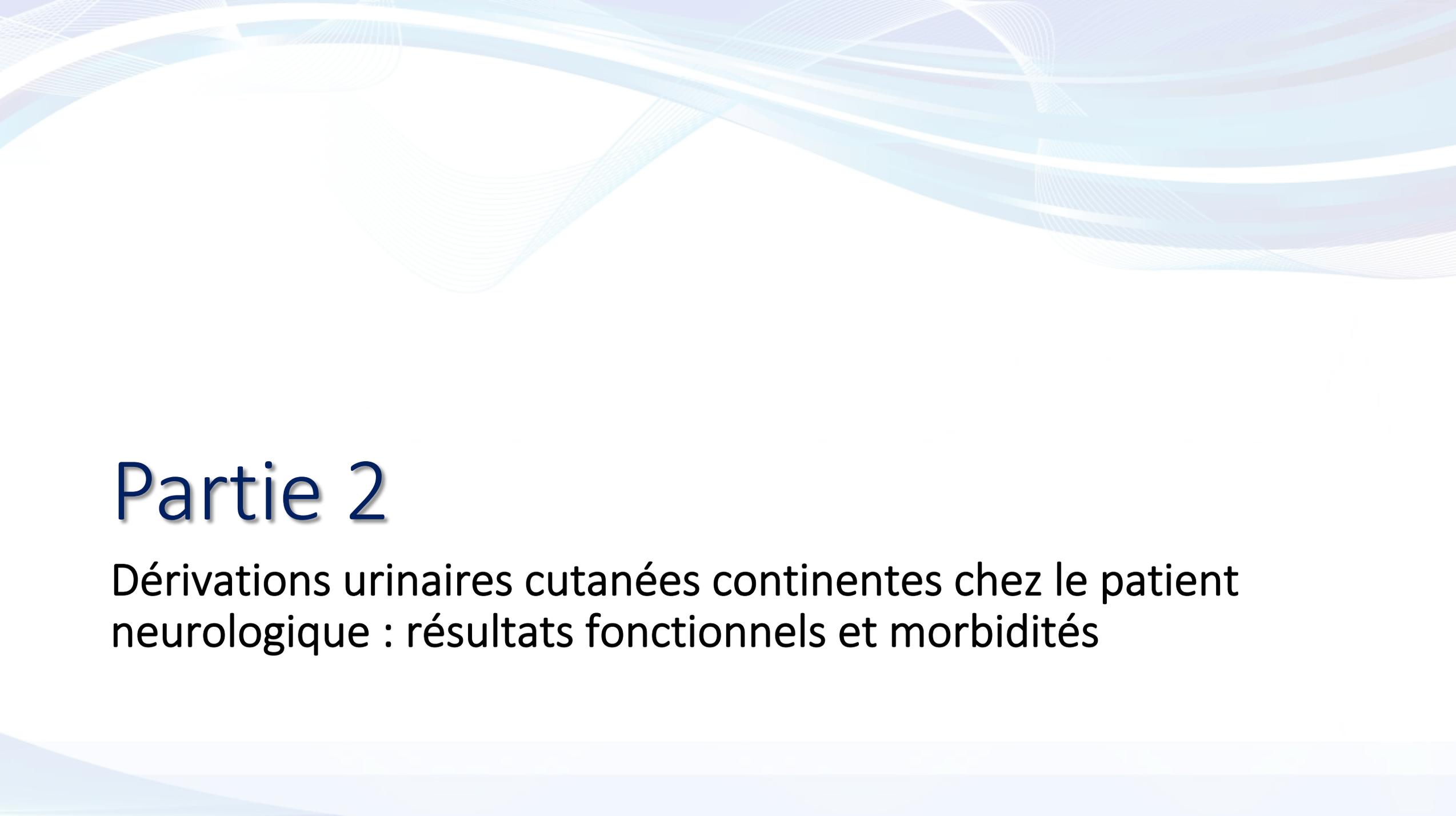
Type 1	
Type 2	
Type 3	
Type 4	
Type 5	
Type 6	
Type 7	

# Entérocytoplastie et diminution du nombre de sondages?

- Accumulation mucus
- Risque rupture entérocytoplastie
- Infection urinaire
  - Prévention par clairance bactérienne régulière nécessaire

→ Poursuite sondage intermittents propres toute les 4 heures < 400 ml de volume





# Partie 2

Dérivations urinaires cutanées continentes chez le patient neurologique : résultats fonctionnels et morbidités

# Méthodes

- Evaluer les résultats fonctionnels, le taux de complication et réintervention, ainsi que la qualité de vie

## • Type d'étude

- Monocentrique
- Observationnelle
- Rétrospective

## • Population

- Patients **neurologiques**
- DUCC entre 2004 et 2021
- Equipe urologique adulte CHU Nantes

## • Critères d'exclusion

- DUCC < 6 mois
- Absence de pathologie neurologique
- Opération initiale par équipe de chirurgie infantile ou hors CHU de Nantes

# Résultats – Population d'étude

157 patients opérés d'une DUCC entre janvier 2004 et septembre 2021

**86 patients inclus**

Femme		56 (65,1%)
Age (médiane, EI)		48,50 (33,25-59)
IMC (médiane, EI)		24 (20-30)
Chirurgie pelvienne (%)	Entérocystoplastie	4 (4,7%)
	Appendicectomie	26 (30,2%)
	Sphincter artificiel	6 (19,4%)
	Hystérectomie	4 (12,9%)
	Autre	21 (67,7%)
Pathologie neurologique (%)	Lésion médullaire	61 (70,9%)
	Spina Bifida	11 (12,8%)
	SEP	10 (11,6%)
	Autres	4 (4,7%)
Durée d'évolution en mois (médiane, EI)		159 (30-264)

# Résultats – Données préopératoires

Mode mictionnel	ASIP	16 (18,6%)
	Réflexe/percussion	7 (8,1%)
	Spontanée, volontaire	2 (2,3%)
	HSIP	30 (34,9%)
	Drainage continu	23 (26,7%)
	Poussées abdominales/crédié	8 (9,3%)
Dysfonction vésicale	Hyperactivité détrusorienne	58 (67,4%)
	Trouble de la compliance	7 (8,1%)
	Vessie acontractile	13 (15,1%)

Indication DUCC (%)	<b>Fonctionnelle (total %)</b>	<b>66 (76,7%)</b>
	Troubles de la préhension	27 (40,9%)
	Troubles de la coordination	7 (10,6%)
	Impossibilité d'atteindre le méat	22 (33,3%)
	Difficultés transferts/ déshabillage	5 (7,6%)
	Faciliter les HSIP	4 (6,1%)
	<b>Organique (total %)</b>	<b>20 (23,3%)</b>
	Douleur urétrale	4 (20%)
	Sténose	3 (15%)
	Fausse route	5 (25%)
	Fistule uréthro-périnéale	3 (15%)
	Destruction urétrale	4 (20%)
	Hypertonie sphinctérienne	1 (5%)

# Résultats – Données peropératoires

Voie d'abord chirurgical	Laparotomie	76 (88,4%)
	Coelioscopie robot assistée	10 (11,6%)
Type tube	Mitrofanoff	56 (65,1%)
	Monti	27 (31,4%)
	Casale	3 (3,5%)
Siège de la stomie	Ombilic	82 (95,3%)
	Fosse iliaque droite	4 (4,7%)
Durée intervention en min (médiane, EI)		225 (177-297,5)
Entérocystoplastie concomitante		21 (24,4%)
Indication	Trouble de la compliance	14 (70%)
	Echappement toxine	4 (20%)
Chirurgie continence concomitante		13 (15,1%)

# Résultats – Données fonctionnelles

Durée médiane de suivi 76,5 mois (EI 31-143,3) soit environ 6,4 ans

		<u>En préopératoire</u>	<u>Aux dernières nouvelles</u>
Poursuite sondage par la stomie	Population totale		74/85 (87,1%)
Continence stomiale			73/79 (92,4%)
Continence urétrale	Population questionnaire		43/43 (100%)
Traitement vessie neurologique	Total	47/79 (59,5%)	50/79 (63,3%)
	Anticholinergiques seul	34	29
	Botox seul	0	1
	Anticholinergiques + Botox	13	20
	<b>Réponse pharmacologique</b>	<b>37/47 (78,7%)</b>	<b>44/49 (89,8%)</b>

## Critères réponse pharmacologique

- Clinique
- Urodynamique
  - Pdetmax <40 cmH2O
  - Capacité vésicale 400 ml
  - Compliance > 20
- Efficacité ≥ 4 mois si toxine

# Résultats – Données fonctionnelles

	<u>En préopératoire</u>	<u>Aux dernières nouvelles</u>	<u>p</u>
<b>Entérocystoplastie secondaire (%)</b>		<b>5 (5,8%)</b>	
Délai chirurgie en mois (médiane, EI)		86 (69-114)	
<b>Bricker secondaire (%)</b>		<b>7 (8,1%)</b>	
Délai chirurgie en mois (médiane, EI)		84 (52,5- 98)	
<b>Paramètres urodynamiques</b>			
Compliance en ml/cmH20 (médiane, EI)	33 (24-50)	40 (22,5-73)	0,09286
Capacité vésicale en ml (médiane, EI)	340 (250-500)	350(300-485,5)	0,4513
Pression maximale détrusorienne en cm H20 (médiane, EI)	27 (19-40)	21 (13-33)	0,01358
Pression de clôture urétrale maximale en cm H20 (médiane, EI)	51,5 (40-83,5)	39 (26-72,75)	0,01281

- **91,5% satisfaits à très satisfaits**
- **PGI-I : 83% beaucoup mieux à énormément mieux**

# Résultats – Complications

## Précoces

- 39,5% (n=34) ≥1 complication précoce

## Liés au tube

- Sténose stomiale ou du tube 29% (n=25)

## Tardives liées à l'entérocytoplastie

- n=4 (19%)
- 3 lithiases vésicales (2 chirurgies nécessaires)
  - Délai médian 137 mois
- 1 cancer de néovessie
  - Dérivation non continente 97 mois

**65,1% (n=56) ≥1 réintervention tous types confondus**

# Conclusion

DUCC et Entérocystoplastie d'agrandissement : pas tout le temps !

- Taux de complication non négligeable de l'entérocystoplastie
- Prise en charge vessie neurologique : enjeu majeur
  - Choix du mode mictionnel
  - Suivi précoce et régulier
- Discussion pluridisciplinaire

# Remerciements

- Service MPR Neuro CHU Nantes
  - Pr Brigitte Perrouin-Verbe
  - Dr Marc Le Fort
  - Dr Chloé Lefèvre
  - Dr Laure Lepoittevin
  - Dr Bénédicte Reiss
- Service d'Urologie Adulte CHU Nantes
  - Dr Marie-Aimée Perrouin-Verbe
  - Pr Jérôme Rigaud
  - Pr Georges Karam

# Discussion – Caractéristiques per-opératoires études DUCC

Etude (1er auteur, année)	Nombre de patients	Type de tube efférent				Localisation stomie	Chirurgie concomitante	
		Mitrofanoff	Monti	Casale	Autre		Entérocystoplastie d'agrandissement ou poche	Chirurgie urétrale
<b>Série actuelle</b>	<b>86</b>	<b>56 (65,1%)</b>	<b>27 (31,4%)</b>	<b>3 (3,5%)</b>	<b>0</b>	<b>82 (95,3%)</b> <b>Ombilic</b> <b>4 (4,7%)</b> <b>Fosse iliaque droite</b>	<b>21 (24,4%)</b> <b>entérocystoplasties</b>	<b>13 (15,1%) : 8 frondes aponévrotiques</b> <b>3 sphincters artificiels</b> <b>2 colposuspensions de type Burch</b>
Paturel, 2021	19	12 (63%)	6 (32%)	0	0	NC	13 (68%) entérocystoplasties	3 (15,8%) 1 sphincter artificiel, 1 fermeture du col vésical, 1 colposuspension de type Burch
Arber, 2019	53	25 (47%)	13 (25%)	12 (22%)	3 (6%) poche Miami, Mayence et Indiana	NC	34 (64,2%) entérocystoplasties	17 (32,1%)
Lam Van Ba, 2017	53	30 (56,6%)	1 (1,9%)	0	1 (1,9%) Iléocystoplasties hemi-Kock	43 (81,1%) Ombilic	53 (100%) entérocystoplasties	3 (5,7%) 2 fermetures du col vésical, 1 réimplantation urétérale
Phé, 2016	213	54	38	15	12 poches Kock 5 poches en T 5 Benckroun 23 poches individuelles		151 (78,2%) entérocystoplasties 41 (21,2%) poches d'Indiana	45 (23,3%) frondes aponévrotiques, sphincters artificiels, fermetures du col vésical

# Résultats – Complications

## Précoces

- 39,5% (n=34)  $\geq 1$  complication précoce
- 10,5% (n=9) 2 complications précoces
- **72,1% (n=31) Clavien  $\leq$  IIIa**

## Tardives

- 29% (n=25) sténoses stomiales ou du tube
- 19% (n=4) complications liées à l'entérocystoplastie
- 38,4% (n=33)  $\geq 1$  réintervention complication tardive
- Délai médian réintervention : 15 mois

**65,1% (n=56)  $\geq 1$  réintervention tous types confondus**

# Résultats clé

**Suivi médian 6,4 ans**

- **Poursuite sondage 87,1% (n=74)**
- **Continence**
  - Stomiale 92,4% (n=73)
  - Urétrale 100%
- **91,5% de satisfaction**

- **Entérocystoplastie**
  - **Concomitante 24,4 % (n=21)**
  - **Secondaire 5,8% (n=5)**
- **Sténose stomiale ou du tube 29% (n=25)**
- **65,1% (n=56) ≥1 réintervention**